

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
Facultad de Medicina



TRABAJO DE FIN DE GRADO

FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI: REVISIÓN NARRATIVA

Autora: Inés Valle López
Tutora: Doña Ana Isabel Parro Moreno
Madrid, 2019

RESUMEN

Introducción y objetivos: Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) sufren estrés por el ambiente que les rodea. El objetivo principal del presente trabajo es identificar factores estresores en pacientes de UCI, conocer escalas de valoración de esos estresores y analizar los resultados de las intervenciones llevadas a cabo en estas unidades.

Metodología: Revisión narrativa realizando búsquedas en 5 bases de datos (PUBMED, CINAHL, COCHRANE LIBRARY, CUIDEN Y SCIELO) entre diciembre de 2018 y enero y febrero de 2019. A partir de la búsqueda se obtuvieron 392 artículos y se seleccionaron 9 para su estudio.

Resultados: Se incluyeron un total de 9 artículos: 2 revisiones narrativas, 1 estudio cuantitativo, 2 estudios prospectivos, 1 ensayo clínico no controlado, 2 estudios cualitativos y 1 estudio descriptivo.

Conclusiones: El paso por una unidad de cuidados intensivos supone estar sometido a una serie de estresores ambientales, fisiológicos, sociales y emocionales. La humanización del cuidado en las unidades de críticos es fundamental para la recuperación de los pacientes ingresados. Para ello, es menester implantar escalas de valoración como el *Environmental Stress Questionnaire*, e intervenciones en la UCI relacionadas con el entorno del paciente y su bienestar durante la estancia en la unidad.

Palabras clave: unidad de cuidados intensivos, estrés, enfermera, paciente.

ABSTRACT

Introduction and objectives: Patients admitted to intensive care units (ICU) suffer stress from the surrounding environment. The main objective of this work is to identify stressors in ICU patients, to know scales of assessment of these stressors and to analyze the results of the interventions carried out in these units.

Methodology: Narrative searching review carried out searching 5 databases (PUBMED, CINAHL, COCHRANE LIBRARY, CUIDEN AND SCIELO) between December 2018 and January and February 2019. From the search 392 articles were obtained and 9 were selected for study.

Results: A total of 9 articles were included: 2 narrative reviews, 1 quantitative study, 2 prospective studies, 1 uncontrolled clinical trial, 2 qualitative studies and 1 descriptive study.

Conclusion: Admission to the intensive care unit implies being subjected to a series of environmental, physiological, social and emotional stressors. The humanization of care in critical units is fundamental for recovery of admitted patients. To do this, it is necessary to implement assessment scales such as the *Environmental Stress Questionnaire*, and interventions in the ICU related to the patient's environment and well-being during the stay in the unit.

Key words: intensive care unit, stress, nurse, patient.

ÍNDICE

Resumen.....	i
Abstract.....	ii
Índice de contenidos.....	iii
1. Introducción.....	1
2. Metodología.....	4
2.1 Fuentes consultadas.....	4
2.2 Estrategia de búsqueda.....	4
2.3 Diagrama de flujo.....	9
3. Resultados.....	10
3.1 Factores de estrés.....	10
3.2 Escalas de valoración del estrés.....	17
3.3 Intervenciones para el manejo del estrés.....	19
4. Discusión.....	21
4.1 Limitaciones.....	24
4.2 Implicaciones para la práctica clínica.....	24
5. Conclusiones.....	26
Referencias bibliográficas.....	27
Anexo I: Documentos incluidos en la revisión.....	29

INTRODUCCIÓN

Es sabido que en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es posible encontrar una gran cantidad de pacientes con un compromiso de la actividad respiratoria y/o hemodinámica grave. Por ello, requieren un monitoreo constante que no puede ser ofrecido ni cumplido en otro tipo de unidades hospitalarias, y en algunas ocasiones, procedimientos de respiración invasiva para ventilación mecánica. Además, cabe destacar que la población atendida en una UCI posee características muy heterogéneas, que normalmente tienen en común haber sufrido un problema crítico que precipita su ingreso; por ello, el análisis global de estos pacientes a menudo plantea problemas (1)

A pesar de esta dificultad, en general podemos hacer una división de pacientes consistente en dos grupos principales: el paciente quirúrgico y el paciente médico. Dentro del paciente médico, podemos distinguir entre el paciente médico coronario (PMC) y paciente médico no coronario (PMNC); por otro lado, en el quirúrgico existe el paciente quirúrgico urgente (PQU), que es aquel que se somete a una intervención programada con menos de 24 horas de antelación, y el paciente quirúrgico programado (PQP). En cuanto a número de pacientes, predomina el PMNC frente al quirúrgico, ocupando la mayoría de gasto sanitario en el ámbito de cuidados intensivos y teniendo la mayor tasa de mortalidad. Por otro lado, son los PQU los que necesitan una mayor estancia en la UCI, precisan más dispositivos invasivos para su tratamiento y tienen más complicaciones infecciosas (2).

También podemos diferenciar entre pacientes que se están sedados y analgésicos para evitar momentos de dolor, miedo, ansiedad y estrés debido a una serie de procedimientos que se llevan a cabo en esta unidad. (3,4)

Entre los procedimientos más habituales que desencadenan respuestas de dolor y molestias de los pacientes se incluyen aspiración del tubo endotraqueal y presencia del mismo, cambios posturales, curas de úlceras o quemaduras, sonda nasogástrica y vesical (3). Con todo ello, este tipo de usuario tiene muy complicado por no decir imposible comunicarse con el personal de este entorno, por tres motivos principales: intubación traqueal, alteración de la conciencia, sedación o efecto de medicamentos (3). Este perfil de usuario, sin embargo, centra la atención del equipo, y tiene múltiples escalas desarrolladas para valorar su nivel de conciencia, agitación, sedación o dolor, siendo escalas validadas, y empleadas de manera concomitante con monitorización y análisis del electroencefalograma mediante el uso del índice biespectral (BIS) (5).

Además hay usuarios ingresados que no tienen problemas de comunicación, pero sin embargo, y debido a ello, en muchas ocasiones los profesionales prefieren atender pacientes inconscientes. Esta preferencia tiene su base en que los pacientes inconscientes, pese a que su carga técnica asistencial es más compleja y requiere entrenamiento previo, se dice que la relación humana y la capacidad de comunicación se hacen las más complicadas en lo que a cuidar se refiere (6).

En la búsqueda, no se han encontrado datos estadísticos sobre el porcentaje de pacientes conscientes frente a inconscientes en las unidades de cuidados intensivos, pero sí que se puede afirmar que la valoración constante por parte de enfermería en los cambios del nivel de conciencia de los pacientes puede evitar daños más graves a los mismos, puesto

que con ella se puede analizar y detectar precozmente cambios en el funcionamiento neurológico del paciente (7).

Es necesario, por otro lado, saber qué es lo que se considerará estrés a lo largo del escrito. Durante muchos años y aún en la actualidad, en el ámbito biológico y sanitario, se ha tendido a confundir y no matizar tres términos que pueden generar confusión: ansiedad, angustia y estrés. Según la revisión llevada a cabo por Juan Carlos Sierra, Virgilio Ortega Y Ihab Zubeidat, el concepto de estrés es utilizado con una connotación más negativa que la de la ansiedad y otras veces se confunde el concepto en sí, sin llegar a ninguna conclusión acerca de sus diferencias. Estos autores resaltan la importancia de los aspectos fisiológicos que acarrea el estrés frente a los subjetivos que muchas veces conlleva la ansiedad en un individuo (8). Si nos centramos en el término estrés relacionado con la clínica y el ámbito hospitalario, podríamos concluir que se trata de una sobrecarga emocional que experimenta el individuo, y que está vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente y que se manifiesta por un estado de nerviosismo porque requiere un sobreesfuerzo por parte del individuo, poniéndole en riesgo de enfermar (9).

Es importante destacar que para que haya estrés, es inevitable la presencia de lo que llamaremos estresor, que es un estímulo que produce como respuesta el estrés. Siendo el estrés mantenido, se producirán una serie de deterioros irreversibles en la salud del paciente los cuales, como enfermeras, debemos evitar ya que es posible y está en nuestra mano (10).

En la actualidad, según diversos trabajos y estudios, se sabe que los factores estresores más importantes que acompañan a un paciente de una unidad de críticos son, principalmente el ‘mirar al techo’, esto es, en el paciente consciente, al tener mucho tiempo libre y ninguna distracción de su enfermedad, dedicar gran parte de las horas del día a pensar en su situación. Esto se agrava, además, con el hecho de que la gran mayoría de unidades de cuidados intensivos tienen un horario de visitas muy limitado, y los pacientes ingresados pueden disfrutar escaso tiempo de la compañía de sus familiares. Otro de los estresores de este tipo de pacientes es el no tener privacidad. Este hecho se ha recogido en los últimos años, ya que estudios previos no aportaban este factor como uno de los principales. A continuación, se catalogó como importantes también el hecho de ‘no saber qué día es hoy’ y ‘escuchar el gemido de los otros pacientes’ (9,10). Con todo esto, una de las repercusiones que se ha visto es que con el estrés que se produce en las unidades de cuidados intensivos, los pacientes pueden sufrir deterioros fisiológicos como hiperglucemias inducidas por estrés (11) o acarrear problemas neurológicos como lo es el síndrome confusional agudo (12).

Está demostrado que los pacientes de UCI sufren estrés por situaciones como no poder dormir por la cantidad de luz artificial, falta de luz natural y aumento de ruido durante la noche, lo que hace que se altere el ciclo circadiano y no se segregue melatonina para descansar. Otra situación que genera estrés es la falta de intimidad ya que en una gran cantidad de unidades críticas los boxes de los pacientes no son individuales, sino que se comparten. A esto se suma el hecho de tener que estar desnudos y, además, la presencia en estos servicios de personas ajenas a la actividad sanitaria, pero que son trabajadores de los hospitales (13,14). Identificar todos aquellos factores condicionantes de estrés así como su impacto en la morbilidad y mortalidad de las personas atendidas, es una condición necesaria a la práctica enfermera. La investigación en este ámbito de conocimiento posibilitaría implementar estrategias eficaces para la detección, manejo y control del estrés sufrido por los pacientes en UCI.

Por todo esto, el objetivo general de esta revisión narrativa es revisar y analizar la evidencia disponible sobre el manejo del estrés en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Identificar los factores estresores para los usuarios de UCI
- Conocer escalas de valoración utilizadas para medir el estrés de los usuarios de UCI
- Analizar los resultados de las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales para manejar el nivel de estrés de los usuarios de UCI

Principalmente, se pretende determinar estrategias enfermeras para mejorar el bienestar emocional en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, para ayudar y contribuir a la pronta recuperación de los mismos, y con ello evitar en la medida de lo posible el empeoramiento de la calidad de vida. Los objetivos específicos se abordarán serán el manejo de agentes estresantes o estresores que influyen en este tipo de pacientes y mejora de comunicación con el paciente de UCI.

METODOLOGÍA

2.1 Fuentes consultadas

Para la búsqueda de artículos de esta revisión bibliográfica se han utilizado las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Cuiden y SciELO.

2.2 Estrategia de búsqueda en las bases de datos:

La búsqueda bibliográfica de la presente revisión narrativa se realizó entre los meses de diciembre de 2018 y enero y febrero de 2019, estando unificado los criterios de búsqueda en todas las bases de datos consultadas.

❖ Selección de documentos: criterios de inclusión

Los criterios de inclusión seleccionados para este trabajo se basan en la elección de artículos desde hace 5 años puesto que así el presente trabajo consta de actualidad del tema y cobra mayor valor científico al tratarse de una revisión narrativa de los últimos avances en el tema a tratar.

Por otro lado, se eligieron artículos en los que se habla de factores y estrategias de prevención del estrés desde el ámbito enfermero, y la eficacia de las mismas, así como los que versan sobre la relación enfermera-paciente. Además, se escogieron artículos exclusivamente centrados en el ámbito de cuidados intensivos de adultos, estableciéndose como criterio de exclusión las UCIs de neonatos y pediátricas (para ello se empleó el operador booleano NOT seguido de *neonatal* o *neonatal* en inglés y/o pediátrica o *pediatric*, además de agregar el pertinente filtro de edades). El trabajo se centró en la evidencia de trabajos originales y revisiones narrativas relacionadas con el manejo del estrés del paciente de una unidad crítica.

Se incluyeron artículos en español e inglés, y se excluyeron aquellos que trataran de estrategias farmacológicas o técnicas médicas, así como los relacionados con cuidados a las familias de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos.

2.2.1 PubMed

Las palabras clave elegidas para buscar en esta base de datos fueron *unidad de cuidados intensivos*, *estrés*, *enfermera*, *paciente* y *neonatal*. Estas dos últimas se utilizaron con el operador booleano NOT, puesto que en las primeras búsquedas realizadas sin estas dos palabras se generaban una gran cantidad de datos relacionados con las unidades de cuidados intensivos neonatales o pediátricas, por ello se vio pertinente agregarlas como palabras clave de exclusión.

Se utilizó MeSH (Medical Subject Heading) para ajustar las traducciones de los términos utilizados según la definición que más relación tenía con el tema de la revisión. En la siguiente tabla se especifican las palabras con su traducción a MeSH:

Tabla 1

<u>Equivalencia entre palabras clave y términos MeSH</u>	
PALABRA CLAVE	TÉRMINO MeSH
Unidad de Cuidados Intensivos	Intensive Care Unit
Unidad de Cuidados Intensivos	Critical Care Unit
Paciente	Patient
Estrés	Stress
Estrés	Trauma and stressor related disorders
Neonatal	Neonatal
Pediátrica	Pediatric
Enfermera	Nurse

Con estos términos MeSH, se realizó la búsqueda en la base de datos realizando sentencias empleando operadores booleanos:

Tabla 2

	SENTENCIA DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE DOCUMENTOS ENCONTRADOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS ESCOGIDOS
1	“intensive care unit” AND stress AND patient AND nurs* NOT neonatal NOT pediatric	92	7
2	intensive care unit AND critical care unit AND trauma and stressor related disorders AND patient NOT neonatal	73	3*
3	“intensive care unit” AND “critical care unit” AND stress AND patient NOT neonatal	4	0
4	"intensive care unit" AND "critical care unit" AND stress AND patient NOT neonatal NOT pediatric	3	0
5	“intensive care unit” AND “critical care unit” AND stress AND patient AND nurs* NOT neonatal NOT pediatric	2	0

En esta base de datos, se encontraron un total de 174 artículos, incluyendo aquellos que, con diferentes ecuaciones de búsqueda, se repetían. Se escogieron 9 artículos en total (7 de la primera ecuación de búsqueda y 2 de la segunda, ya que el tercero era común a las

dos sentencias) seleccionados en base a la información ofrecida en su título y resumen, siendo los incluidos en la revisión los más pertinentes para el trabajo.

2.2.2 CINAHL

En esta base de datos se siguieron los mismos criterios de inclusión y exclusión estipulados para todas las bases.

Tabla 3

PALABRA CLAVE	DESCRIPTOR CINAHL
Unidad de Cuidados Intensivos	Intensive Care Units
Enfermera	Nurse
Paciente	Patient
Estrés	Stress
Neonatal	Neonatal
Pediátrica	Pediatric

A partir de estas palabras clave encontradas en los descriptores de Cinahl, se procedió a la búsqueda bibliográfica, obteniéndose estos resultados a partir de las sentencias con operadores booleanos:

Tabla 4

	SENTENCIA DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE DOCUMENTOS ENCONTRADOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS ESCOGIDOS
1	intensive care unit AND stress AND nurs* AND patient NOT pediatric	85	2
2	“intensive care unit” AND stress AND nurs* AND patient NOT pediatric NOT neonatal	51	3*
3	“intensive care unit” AND stress AND nurse AND TI patient NOT pediatric NOT neonatal	2	0

La suma de todos los artículos encontrados en Cinahl es de 138, siendo seleccionados 5 de ellos. En la ecuación de búsqueda número 2, se añadió un asterisco en el número de documentos escogidos para explicar que dos de esos tres artículos son los mismos que en

la primera ecuación de búsqueda. Por lo tanto, de esta base de datos, se hizo una lectura completa de tres artículos.

2.2.3 Cochrane Library

En esta base de datos se siguió la misma estrategia de búsqueda que en las anteriores, utilizando las mismas palabras clave, para generar resultados con similar criterio. Sin embargo, no se utilizaron todas, ya que si se acotaba la búsqueda de la misma manera con palabras clave igual que en el resto de bases de datos, se perdería bibliografía potencialmente relevante.

Tabla 5

PALABRA CLAVE	TÉRMINO MeSH
Unidad de Cuidados Intensivos	Intensive Care Units
Paciente	Patient
Estrés	Stress

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos:

Tabla 6

	SENTENCIA DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE DOCUMENTOS ENCONTRADOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS ESCOGIDOS
1	“intensive care unit” AND patient AND stress	7	0

No se realizaron más búsquedas debido a la escasez de artículos presentados con tan solo tres palabras clave introducidas.

Cabe destacar que se realizó una búsqueda con la siguiente sentencia: “intensive care unit” AND “stress”, obteniéndose artículos idénticos a la búsqueda de la tabla más bibliografía irrelevante para el tema puesto que era relacionada con unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, así como integración de cuidados en las mismas de los progenitores.

En esta base de datos se encontraron 7 resultados, de los cuales ninguno fue pertinente para el tema de la presente revisión.

2.2.4) Cuiden

Se obtuvieron los siguientes resultados en una sentencia de búsqueda con booleanos, esta vez en castellano ya que Cuiden admite las búsquedas en este idioma. Además, se añadió que las palabras clave aparecieran en el resumen. Se obtuvo:

Tabla 7

	SENTENCIA DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE DOCUMENTOS ENCONTRADOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS ESCOGIDOS
1	“unidad de cuidados intensivos” AND “estrés” AND “paciente” NOT “neonatal” NOT pediátrica	49	4

No se realizaron más ecuaciones de búsqueda ya que el resto de las mismas generaban prácticamente los mismos resultados. Con la sentencia de la tabla número 7 se obtuvieron 49 artículos de los cuales se escogieron 4 con criterio de lectura de título y resumen.

2.2.5 SciELO

El problema principal que se encontró en esta base de datos es la gran cantidad de artículos encontrados en idioma diferente al español e inglés (se generaron también artículos en portugués. Al estar dentro de los criterios de exclusión establecidos, se prescindió de estas referencias bibliográficas.

Tabla 8

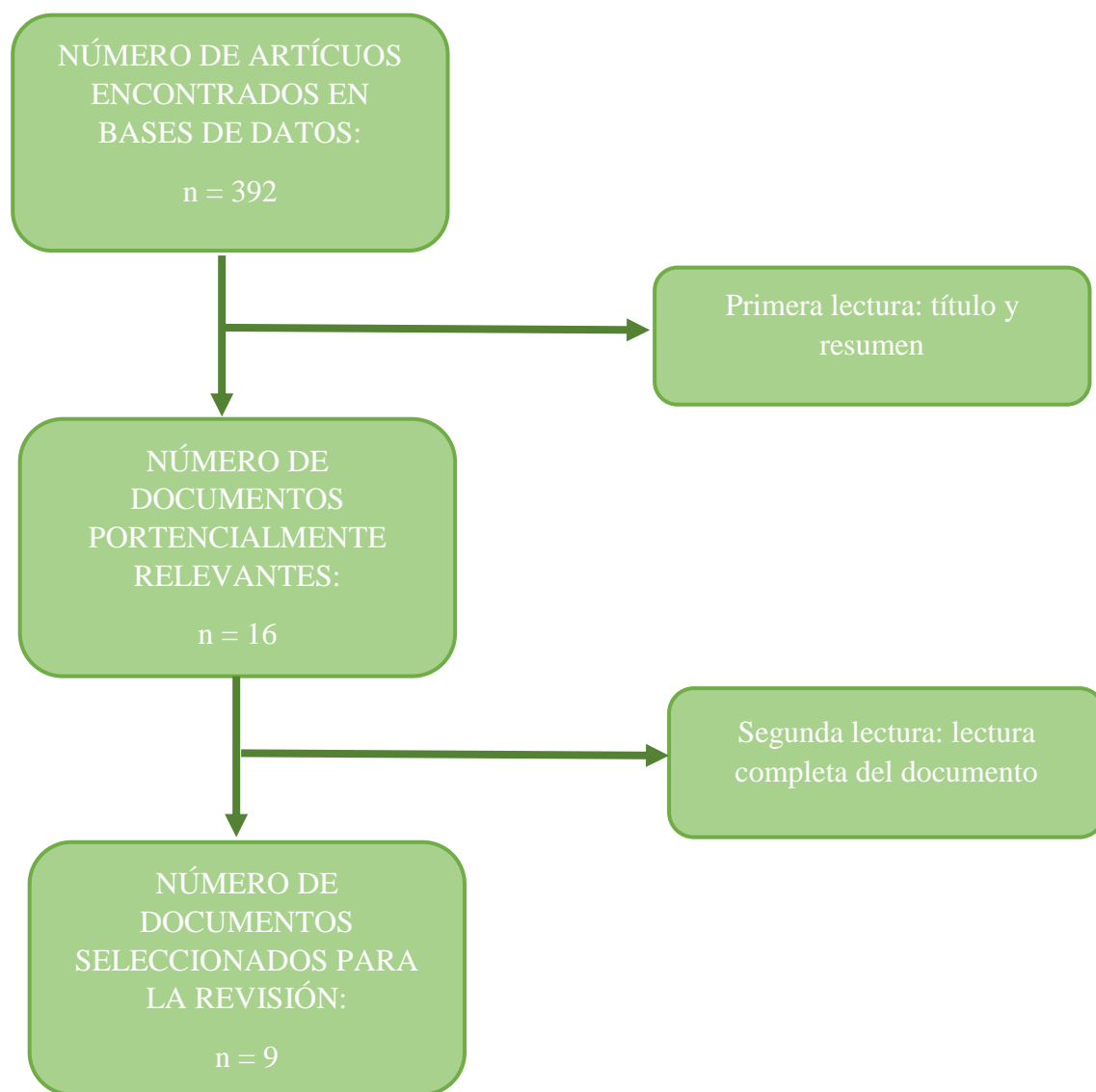
	SENTENCIA DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE DOCUMENTOS ENCONTRADOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS ESCOGIDOS
1	"unidad de cuidados intensivos" AND estrés	24	1*

El resto de resultados generados en otras búsquedas se descartaron por irrelevancia de edad y por estar centrados en el ámbito biomédico del paciente.

En esta base de datos resultó relevante un único artículo, pero que a su vez ya fue seleccionado en la base de datos Cuiden.

2.3 Diagrama de flujo

Figura 1



Fuente: elaboración propia

RESULTADOS

Los artículos incluidos en la revisión bibliográfica que conforma el presente trabajo de fin de grado han sido clasificados en 3 líneas temáticas de acuerdo a los objetivos marcados en la introducción del mismo. Las líneas se dividen en artículos que versan sobre factores estresores en pacientes de UCI, escalas de valoración del estrés en este tipo de pacientes y por último intervenciones aplicables a las personas ingresadas en UCI. Las características de los artículos incluidos se describen en la tabla.

3.1 Factores de estrés

Tras haber trabajado con los artículos incluidos en el TFG, se encontraron 8 artículos(15-22) en los que se analizaba y detectaba los estresores a los que están sometidos los pacientes de UCI.

La revisión narrativa publicada por Dalla Lana et al. (15) tuvo como objetivos el análisis de factores estresantes relatados por pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. En los resultados de la revisión se consideraron cuatro categorías en las que se podían englobar los factores de estrés: ambientales, fisiológicos, sociales y psicológicos/emocionales. La categorías se dividieron en subcategorías obteniéndose 16, y un total de 40 factores estresantes detectados.

Dentro de la categoría de factores ambientales, emergió la subcategoría estándar de ‘sueño perturbado’, la cual estuvo condicionada por la rutina diaria impuesta por la UCI, por ser esta una unidad cerrada y por la alta complejidad de los cuidados brindados en la misma. Además, se afirma que el hecho de escuchar ruidos desconocidos de la tecnología avanzada (entre los que se encuentran las alarmas de los monitores, respiradores o el propio ruido que estos generan por estar encendidos) que se necesita para llevar a cabo las intervenciones para mejorar la supervivencia de los pacientes, así como la luminosidad excesiva y constante que existe en los box dificultó la conciliación del sueño. Otro hecho que resultó significativo fue la constante presencia de profesionales trabajando al borde de la cama y manipulación continua al paciente para los procedimientos. Un factor ambiental relevante identificado correspondió con la temperatura de la unidad, que relataban como muy fría o muy caliente.

Entre los aspectos fisiológicos los autores destacan que el hecho de no poder moverse en la cama por la presencia de dispositivos tanto invasivos como no invasivos generaba sensación de encarcelamiento y de no poder tener control sobre las situaciones vividas, así como un sentimiento de impotencia. También se destacó el dolor agudo que estos dispositivos generan en el paciente y las alteraciones que producen al tener ese dolor, ya que repercuten en el aparato respiratorio y en los sistemas cardiovascular, nervioso y sensorial, además de ser generador de ansiedad. La comunicación verbal se convirtió en otro gran problema entre los pacientes; fue generado mayormente por ser portadores de tubos orotraqueales y/o sondas enterales. Según los autores, no fue tanto el hecho de tenerlos colocados como lo fue el de no poder comunicarse con sus familiares, creando así aislamiento con su propio entorno y generando una imposibilidad de tomar decisiones,

delegando responsabilidades en otros miembros de su familia. Otro aspecto que los autores resaltaron fue la sensación de sed que referían los pacientes.

En cuanto a los aspectos sociales, los autores objetivaron que estos están relacionados con los aspectos fisiológicos que se comentan anteriormente, ya que se limita la comunicación con la familia. Debido a ello, en muchos casos se produce una reestructuración de los roles, puesto que muchos de los pacientes eran, antes de su ingreso, los trabajadores activos que sostenían el hogar. Por otro lado, los ya también mencionados aspectos ambientales están estrechamente relacionados con los sociales, sobre todo con el hecho de que las UCI sean unidades con restricción de visitas, siendo esto un déficit añadido para la comunicación con sus seres queridos.

Dalla Lana et al.(15) destacan también que durante el ingreso, los pacientes también llegan a desarrollar reflexiones que acaban derivando en estados de ansiedad y miedo. Afirman que el miedo está relacionado con pensamientos de la muerte y el dolor, así como la falta de conocimientos sobre el significado de los sonidos que perciben a su alrededor o incluso con las consecuencias que podría tener su proceso de salud y enfermedad. Otro factor de miedo descrito es el riesgo de contraer SIDA. Por otro lado, los autores consideran relevante la pérdida de autonomía, ya que los pacientes reflejan que con ese nivel de dependencia pierden privacidad.

Con respecto a los aspectos psicológicos y emocionales, se afirma que pueden estar relacionados con la falta de actividades recreativas en las unidades de pacientes críticos. Esta situación es propicia para que el paciente pase las horas mirando al techo y enfoque su atención no solo en su estado de salud sino en el del resto de pacientes de la unidad.

McKinley et al.(16) realizaron un estudio prospectivo observacional en el que incluyeron una muestra de 193 pacientes que completaron el cuestionario Short Form-36 Health Survey (SF-36) después de seis meses de su fecha de alta con los objetivos de describir la calidad de vida posterior a su ingreso en la UCI e identificar factores.

Entre las características demográficas de la muestra del artículo se constata que la edad media de la muestra fue 59 años y que las causas de ingreso en la unidad de críticos de los pacientes fueron principalmente patologías cardiovasculares y neurológicas.

Los resultados del SF-36 reportaron que un 8,8% de los pacientes de la muestra consideraban su salud como excelente; un 19,7% la valoraban como muy buena; un 41,5% como buena; un 16,3% como normal y un 8,3% como pobre.

En la escala de valoración ICEQ, los estresores con la puntuación media más alta fueron ‘estar pendientes de lo que ocurre alrededor’, ‘miedo a experiencias en la UCI’, ‘estrés’ y ‘ansiedad’.

Un número significativo de pacientes desarrolló estrés post traumático después de su estancia en la UCI (según los resultados de PCL-S) y un empeoramiento en su calidad de vida, a pesar de que muchos de ellos entraron ya con una calidad de vida disminuida por ciertos factores, sobre todo por enfermedades previas que no tenían gran relación con la patología que les llevó a ingresar en la unidad.

Martínez Toquero et al. (17) llevaron a cabo una revisión narrativa cuyo objetivo fue describir las necesidades de los pacientes ingresados en una UCI y analizar factores ambientales estresantes percibidos por ellos.

En este artículo los autores diferenciaron entre varias categorías para llevar a cabo el análisis de los artículos, que fueron: el estrés del ingreso en la UCI, necesidad de comunicación, necesidad de decidir, necesidad de descanso, necesidad de seguridad y cambio de rol personal, familiar y social.

En el estrés del ingreso en la UCI, los autores comprobaron que el estrés puede verse aumentado por sensaciones como el miedo, la soledad, la desorientación, el dolor y la angustia, así como por las connotaciones negativas que el ingreso en una UCI supone, la dinámica de trabajo, que exige una gran rapidez en las actuaciones. Además reportan que estas unidades están caracterizadas por ser un entorno impersonal e invadido por aparatos de alta tecnología y cargado de procesos invasivos para el paciente. Esto supone una ruptura de la persona con su entorno.

En la necesidad de comunicación, los pacientes y, gran parte de las veces, sus familiares, afirman que la información recibida es técnica, escasa y que se proporciona de manera rápida en un entorno poco propicio para ello. Además, los ingresados, como en el artículo de Dalla Lana et al., insisten en hay una dificultad de comunicación con su entorno debido a las técnicas invasivas que muchas veces tienen para mejorar su estado de salud.

Martínez Toquero et al. (17) afirman que la necesidad de decidir a veces se ve perjudicada en estos servicios. El no respetar la autonomía para ello tanto de los pacientes como de sus familiares (que son los que llevarán a cabo este acto cuando el propio paciente esté incapacitado para ello, y siempre y cuando esto haya sido delegado previamente en ellos) supondría una deshumanización del cuidado.

Los autores (17) constataron en su revisión que la necesidad de descanso en la UCI era un factor de gran importancia para la mejora del estado de salud de los pacientes. Comprobaron que lo que perturba el descanso de las personas ingresadas en este tipo de unidades es la movilidad limitada por los elementos invasivos que portan, el ruido de alarmas, máquinas, teléfonos, conversaciones que mantiene el equipo sanitario cerca de los box, la iluminación artificial, el movimiento intenso y la ausencia de ventanas y relojes. Además, refieren que el sueño de estos pacientes se caracteriza por ser ligero y con despertares frecuentes.

En la categoría necesidad de seguridad generada por los autores, se engloba la sensación de gravedad que tanto los pacientes como sus familiares sienten durante la estancia en este tipo de unidades. En concreto, los familiares de los ingresados perciben ese momento como la pérdida inminente de su ser querido y la cercanía de la muerte. También Martínez Toquero et al. (17) reflejan en esta categoría el dolor, relacionándolo con la gran cantidad de técnicas invasivas llevadas a cabo en los servicios de cuidados críticos, como la aspiración de secreciones del tubo orotraqueal, la colocación de sondas y catéteres y las movilizaciones.

Dentro de la categoría de cambio de rol personal, familiar y social se constató que el ingreso en una UCI producía en los pacientes una sensación de dependencia y pérdida de autonomía, además de presentar una serie de sentimientos de desconfianza, culpabilidad

y envejecimiento. Consecuentemente, los autores afirman que las personas efectúan un cambio inevitable de rol del enfermo: los pacientes hombres en edad activa suelen pasar de ser cuidador, ya que son los que, en general, mantienen la economía de la casa (aspecto que también valora de la misma manera Dalla Lana et al. (15)), a ser cuidados, lo que produce, al final, una sobreprotección del enfermo que no le aporta beneficio alguno para su recuperación.

Stayt et al. (18) efectuaron un estudio empírico cualitativo con entrevistas, marcando como objetivo del mismo la investigación de las experiencias con la tecnología que tuvieron los pacientes ingresados en una UCI. Para ello, realizaron entrevistas a 19 enfermos de una UCI en Inglaterra. La edad media de los entrevistados fue de 57,5 años (en un rango de 32 a 86 años) cuya media de estancia en la unidad de cuidados intensivos fue 4,3 meses (en un rango de 3 a 7 meses). Fueron ingresados por sepsis, neumonía, traumas o para el post operatorio de cirugías electivas.

Los autores identificaron como estresores, a través de las entrevistas realizadas a los pacientes incluidos en la muestra, las alucinaciones que se producen en unidades como la UCI, la privación del sueño y el deterioro de la comunicación, causando terror y ansiedad en los ingresados, lo que también se reportó en el artículo de Dalla Lana et al. (15) y el de McKinley et al. (16). Derivado de la ansiedad y el terror, se producen gran parte de las veces episodios de delirium tanto durante la estancia en la unidad como en el alta de la misma, en un contexto de síndrome de estrés post traumático, también mencionado en varios artículos.

Coincidiendo con el escrito de Martínez Toquero et al. (17), este artículo constata la necesidad de un ambiente con una tecnología avanzada, que es muy difícil desligar de los cuidados al paciente crítico (18). Con respecto a esta cuestión, los pacientes entrevistados coinciden en el hecho de ver la tecnología y los cuidados de UCI como un todo. Refieren haberse sentido seguros estando conectados a máquinas, ya que sus enfermeras asignadas estaban constantemente pendientes de los monitores y a cada pequeña variación, acudían a observar si algo ocurría con ellos pero, por otro lado, algunos de ellos refieren, en presencia de la tecnología, haberse visto solos a pesar de estar rodeados de muchas personas, ya que estos solo se centran en la información ofrecida por los aparatos de su alrededor.

En el estudio, los investigadores reflejan que los pacientes entrevistados también ofrecen sus sentimientos en relación con lo que ocurre a su alrededor: muchos referían sentirse una carga para las enfermeras. Por ello, la actitud que tomaban era ‘ser buenos’, es decir, moverse lo menos posible para evitar artefactar los datos que las máquinas arrojaban acerca de sus constantes vitales para intentar que la enfermera no acudiera al box o, simplemente, no llamarla aunque esto fuera necesario.

Otro aspecto que resultó significativo para los autores es que los pacientes sienten resignación por no poder tener control sobre sí mismos (18), otro ítem en común con los artículos analizados en esta revisión. Además, delegan su autocuidado en los profesionales sanitarios reconociendo su labor, ya que afirman no tener nociones de conocimientos médicos por lo que delegan todo esfuerzo en las enfermeras de la unidad.

En artículo se demostró que los usuarios de la UCI coinciden en la visión de las enfermeras acerca de que el cuidado del paciente crítico va estrechamente ligado a lidiar con la presencia de máquinas (18). En relación a este tema, las personas entrevistadas declararon que cuando sentían la presencia de una flema en su tráquea, sabían que llegaba el momento de la succión, lo que suponía una técnica invasiva, pero a pesar de ello, aguantaban el acto ya que sabían que ese sufrimiento momentáneo iba a traer consigo una serie de beneficios a cierto plazo. En cierto modo, perciben una dependencia hacia los artilugios que incrementan progresivamente su nivel de salud y les aporta sensación de seguridad; por ello, los clasifican como necesariamente diabólicos. Con todo esto, las personas ingresadas comprenden la soledad que sienten aunque estén acompañadas por un gran número de personal sanitario ya que lo entienden como un bien mayor para su salud.

Los pacientes de la muestra del estudio, en contraposición a lo anterior, fueron capaces de diferenciar entre los cuidados técnicos y tecnológicos y los cuidados básicos, como el lavado de cara por las mañanas o la higiene bucal otorgándoles gran importancia a estos últimos y siendo valorados con mayor emotividad. Además, gran parte de las entrevistas a los pacientes seleccionados coinciden en la importancia de tener una enfermera que se preocupa, es compasiva, competente y comunicativa, influyendo esto en su visión del paso por la unidad.

La publicación escrita por Pagnucci et al. (19) consistió en un estudio clínico no controlado tuvo como objetivo identificar si las intervenciones complementarias tienen efecto en la percepción del estrés y calidad de sueño de pacientes conscientes de UCI.

El estudio fue llevado a cabo en la UCI de un hospital del centro de Italia, conformando la muestra con un total de 79 pacientes. La media de edad de los mismos fue 72 años.

Los autores constataron la existencia de numerosos factores estresores mediante la escala Stress Factors in Intensive Care Unit Questionnaire. Con ello, extrajeron cuatro categorías para clasificarlos: ambiental, sentimientos percibidos, emociones y estado físico.

En la categoría ambiental se evidenciaron factores como la percepción la alteración, estrés y prisa del personal sanitario que trabaja en la unidad (siendo este ítem el que mayor puntuación obtuvo), y la escucha de ruidos y sonidos extraños (con menor puntuación que el anterior).

Dentro de los factores relacionados con sentimientos, se constató que, aunque los pacientes no valoraran el ítem ‘escuchar al personal hablando y bromeando en voz alta’ como frecuente, obtuvo la puntuación de ‘muy estresante’. Sin embargo, aunque el ítem más frecuente en los pacientes de la muestra fue ‘tener personas continuamente alrededor de la cama’, este no obtuvo tanta puntuación en cuanto a nivel de estrés producido como el anterior.

Con respecto a la categoría de emociones, la mayor puntuación la obtuvo el ítem de ‘tener miedo/estar preocupado’. Además, estuvo presente en todos los pacientes de la muestra.

Por último, en la categoría de estado físico, se demostró que lo que más estresó a los pacientes fue el hecho de tener sed y no ser capaces de dormir, además de estar ambos presentes en todas las experiencias de la muestra.

El objetivo del estudio cualitativo descriptivo exploratorio, realizado por Lisboa Gois et al. (20), consistió en describir los factores estresantes relacionados con la cirugía cardíaca en un ambiente de unidad de cuidados intensivos.

Para llevar a cabo el estudio, se escogieron ocho pacientes con bypass coronario o recambio de válvulas cardíacas. Se realizaron entrevistas con preguntas abiertas para profundizar en los objetivos del trabajo, en la consulta de enfermería del Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (Brasil) al alta después de la UCI post operatoria.

En los resultados, los autores crearon cuatro categorías analíticas basadas en las experiencias obtenidas a partir de las entrevistas a los individuos. Las categorías se dividen en experiencia quirúrgica (el miedo como algo ya superado), ambiente en la UCI en el post-operatorio (experiencia difícil), experiencias desagradables (sed, intubación y dolor) y relaciones con los profesionales de salud (impersonalidad, presencia profesional que significa seguridad y confort, orientación y formación, significado de seguridad y mayores informaciones).

En cuanto a la experiencia quirúrgica, los pacientes del estudio referían miedo a someterse a una intervención de tipo cardíaco por todos los riesgos que ello conlleva; sin embargo, los participantes llegaron a la conclusión de que lo volverían a hacer aun sabiendo lo que significa, puesto que también son capaces de valorar el beneficio que les aporta a sus vidas.

En el tema de ambiente de UCI, los autores afirman que los pacientes recuerdan como lo más negativo el hecho de sentirse aislados por la restricción de visitas, el no poder moverse libremente y tener que estar la mayor parte del día en la misma posición. Otros factores perturbadores fueron el sonido que escuchaban constantemente a su alrededor, ya fuera de máquinas, teléfonos o personal sanitario hablando demasiado alto, que no les permitía descansar durante su estancia, y también el hecho de no tener relojes para saber en qué momento del día se encontraban, lo que hacía que percibieran el lugar como extraño.

Como experiencias desagradables, las más significativas en el estudio fueron la sensación de sed, el hecho de tener colocado un tubo orotraqueal y el dolor. Todos referían una sed incontrolable, hasta tal punto de tener la sensación que morían por ello o aumentar sus ganas de ingerir líquido si incluso observaban a alguien fregando el suelo.

El dolor fue también valorado como estresor por estos pacientes en la categoría de experiencias desagradables. Lisboa Gois et al. (20) lo asociaron al lugar de incisión, las náuseas del post-operatorio y la gran cantidad de tiempo invertido en la cama a partir del discurso de los pacientes de la muestra del estudio.

En el último apartado, de relación con el personal de salud, los entrevistados afirman que el trato hacia ellos por parte del personal sanitario fue satisfactorio, puesto que todo el mundo mantenía conversaciones con ellos, las enfermeras solo tenían un paciente asignado, lo que permitía un trato mucho más pleno y personalizado, y la información por parte del personal fue adecuada, aunque en este último punto existen contradicciones entre testimonios debido, según los investigadores, a una presencia de estrés cuando la información fue explicada. A pesar de todo esto, los pacientes no fueron capaces de recordar al personal sanitario por su nombre ya que a estuvieron ingresados en un hospital

universitario, donde el número de personas que les atendió fue alto por la presencia de facultativos, enfermeras y estudiantes de todas las ramas sanitarias.

Dessotte et al. (21) llevaron a cabo un estudio prospectivo correlacional con el objetivo de investigar estresores percibidos por pacientes en el posoperatorio inmediato de una cirugía cardíaca y su asociación con características clínicas y sociodemográficas. La muestra se formó por 105 pacientes que fueron entrevistados durante su hospitalización en la UCI y a los cuales se les pasó escalas de valoración.

Los autores, tras utilizar la Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (Escala de Evaluación de Estresores en Unidades de Terapia Intensiva), constataron que los factores más estresantes para los pacientes fueron el hecho de estar sedientos, tener tubos en la nariz y/o boca y no ser capaces de dormir. A su vez, descubrieron que otros estudios llegaron a los mismos resultados en el mismo hospital, cinco años después de la fecha de realización del suyo.

Sin embargo, concretamente el hecho de tener sed en este tipo de pacientes tiene su explicación. Los investigadores afirman que los intervenidos generan una gran pérdida de volumen corporal durante la intervención quirúrgica. Por otro lado, el personal sanitario responsable de ellos no puede reponer esa gran cantidad de líquidos mediante sueroterapia agresiva ya que formaría un edema en el miocardio por la disfunción de la contractilidad del ventrículo izquierdo. Aun así, los pacientes son sometidos a una reposición progresiva de líquidos, teniendo como resultado esa sensación de sed.

En cuanto a la presencia de tubos, los pacientes recuerdan el tubo orotraqueal en especial en su periodo posoperatorio porque pasan a la UCI con el aún insertado. El tubo orotraqueal permanece colocado una media de 16,7 horas, y se extuba cuando la anestesia ha sido eliminada de su organismo por completo; aun así, en el estudio se constata que muchas de esas horas los sujetos están conscientes, por lo que lo tienen presente la cánula dentro de su cavidad oral, generando una situación de estrés importante reflejada en el estudio.

Relacionado con el aspecto de no ser capaces de dormir, los autores lo justifican en la monitorización constante, los sonidos extraños alrededor y la exposición continua a la luz. En el estudio, 19 pacientes (18,1%) lo calificaron como hechos ‘moderadamente estresantes’, 28 pacientes (26,7%) como muy estresantes y 21 (20,0%) como extremadamente estresantes. En relación a esto, Delos investigadores del estudio afirman que la privación del sueño, aparte de suponer alteraciones psicológicas para el paciente crítico, conlleva una serie de alteraciones del sistema inmunológico, la termorregulación del organismo, alteraciones en el sistema inmunológico e hiperactividad del sistema nervioso simpático, añadiendo también un incremento del riesgo de delirium y aumentando el tiempo de ventilación mecánica, tiempo de estancia en la UCI y mortalidad.

En este artículo, tener dolor ocupó el puesto número seis de 50 ítems valorables en la escala utilizada, justificándose en el dolor propio de la cirugía cardíaca. Lo que los autores consideraron significativo de este aspecto es que los pacientes que sufrieron dolor en el post operatorio contestaron con una mayor puntuación al resto de ítems de la escala.

Por último, se resalta que no hubo relación estadística significativa entre edad, sexo, tipo de cirugía, tiempo de cirugía, tiempo de intubación en el post operatorio, el uso de drogas hipnóticas y el tiempo de estancia en la unidad con los resultados de la valoración de los estresores.

Dias et al. (22) desarrollaron un estudio clínico transversal para evaluar y comparar estresores identificados por pacientes en una unidad de cuidados intensivos coronaria versus los ingresados en una unidad de cuidados intensivos generales post operatorios. La muestra estaba formada por 60 pacientes: 30 de ellos de la UCI coronaria y los otros 30 de la UCI general.

Para identificar los estresores sufridos por los ingresados, los autores utilizaron la escala de valoración Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (Escala de Evaluación de Estresores en Unidades de Terapia Intensiva), adaptación de la Environmental Stress Questionnaire al idioma y cultura brasileña.

El estudio arrojó como resultados que los diez mayores estresores en la unidad de cuidados intensivos coronarios fueron ‘tener dolor’, ‘ser incapaz de cumplir roles familiares’, ‘estar aburrido’, ‘no ser capaz de dormir’, ‘tener preocupaciones financieras’, ‘no tener control sobre uno mismo’, ‘no ser capaz de comunicarse’, ‘escuchar a gente hablar de uno mismo’, ‘tener miedo a coger SIDA’ y ‘solo ver a la familia y amigos unos minutos al día’. Por otro lado, en la UCI general, los diez ítems más valorados fueron ‘tener dolor’, ‘ser incapaz de cumplir roles familiares’, ‘no ser capaz de comunicarse’, ‘no ser capaz de dormir’, ‘tener miedo a coger SIDA’, ‘no tener privacidad’, ‘estar aburrido’, ‘estar en una habitación en la que hace mucho calor o mucho frío’, ‘tener las luces encendidas de manera constante’ y ‘no ser capaz de mover las manos o los brazos por los sistemas intravenosos’. Lo que los pacientes sugirieron en el apartado de ítems que deberían aparecer en la escala fue ‘no tener un espacio para poder almacenar objetos personales’ y ‘la falta de una basura para desechos no sanitarios’.

Los autores demuestran que, de los diez estresores más valorados en ambas unidades de cuidados intensivos, coinciden seis de ellos (‘tener dolor’, ‘ser incapaz de cumplir roles familiares’, ‘estar aburrido’, ‘no ser capaz de dormir’, ‘no ser capaz de comunicarse’, ‘tener miedo a coger SIDA’).

3.2. Escalas de valoración del estrés

En los artículos seleccionados para la presente revisión, en 5 de ellos (16,19,21-23) se han incluido escalas que son utilizadas en las unidades de cuidados intensivos para la detección y valoración factores estresores en las mismas.

3.2.1 Environmental Stress Questionnaire

La escala Environmental Stress Questionnaire consistente en 50 ítems que reflejan estresores físicos, psicológicos, emocionales y tres preguntas abiertas que permiten a los sujetos clasificar, opinar y hacer sugerencias en relación al tema (23).

En el contexto español, existe un artículo incluido en el presente trabajo realizado por Bernal Ruiz et al. (23) en Colombia. El objetivo que se marcó en este estudio cuantitativo

metodológico fue establecer una versión equivalente, válida y confiable del Environmental Stress Questionnaire. Participaron, además de los autores, 14 enfermeras y 4 traductores para recoger la información y traducirla. La muestra de pacientes fue de 393 en total, ingresados en una UCI de Bogotá. La escala adaptada mantuvo 32 de los 50 ítems de la misma forma que la escala original, se modificaron 20 ítems por temas gramaticales o de redacción y se eliminaron 2. En cuanto a la validez interna de la escala, se obtuvo un Alfa de Cronbach del 0,877, con lo que se podría considerar una escala fiable. Aun con la presente validación, según los autores, esta adaptación de la escala no se considera del todo fiable por la dificultad que conlleva en la cultura del habla española diferenciar entre términos como ansiedad, angustia y temor y miedo, y porque en la escala original en inglés no se hace referencia a la alta complejidad de la atención al paciente de UCI.

En los escritos de Dias et al. (22) y Dessotte et al. (21), se utiliza también el Environmental Stress Questionnaire, pero adaptado al portugués ya que estos estudios fueron llevados a cabo en Brasil, por lo que también utilizaron esa herramienta adaptada a su propio idioma, siendo efectiva ya que dos investigadores ya la utilizaron con anterioridad según Dias et al. (22). En la adaptación al portugués la escala también consta de 50 ítems, valorados en una escala Likert del 1 al 4, más dos preguntas abiertas para sugerencias de los pacientes acerca de cuestiones que debieran ser añadidas al cuestionario en sí.

3.2.2. *Stress Factors in Intensive Care Unit*

Pagnucci et al. (19) utilizaron en su ensayo la escala Stress Factors in Intensive Care Unit Questionnaire (Cuestionario de factores de estrés en Unidades de Cuidados Intensivos), que fue desarrollada en 2002 por una asociación de intensivistas, psicólogos y enfermeras en Italia. Consiste en 33 estresores divididos en cuatro dimensiones; cada ítem es valorado del 1 al 4 en una escala Likert (1=nada, 2=ligemente, 3= bastante, 4= siempre), además de valorar la frecuencia de los mismos también en una escala Likert del 1 al 3 (nunca, a veces, siempre). Aunque los autores la utilizan en su artículo, insisten en revisar la validez interna de la misma.

3.2.3. *Intensive Care Experience Questionnaire*

McKinley et al. (16) utilizaron en su estudio el Intensive Care Experience Questionnaire (Cuestionario de la experiencia en Cuidados Intensivos), que consta de cuatro campos: nivel de atención a los sonidos, experiencias aterradoras, recuerdo de experiencias y satisfacción con el cuidado. Este cuestionario se lleva a cabo tras el alta de la unidad de cuidados críticos, y cuanto mayor es su puntuación, mayor es la intensidad de cada ítem valorado, es decir, en el nivel de atención de los sonidos, la puntuación va desde 9 a 45; cuanto más alta, más alerta y pendiente ha estado el paciente de los ruidos de su alrededor. En el aspecto de experiencias aterradoras (puntuación entre 6 y 30), la puntuación más alta significaría que la persona ha vivido experiencias que le han hecho sentir miedo durante su estancia en la unidad. En el recuerdo de experiencias (entre 5 y 25), a mayor valoración, mayor ha sido su perpetración del recuerdo, y en el ítem de satisfacción con el cuidado (de 4 a 20 puntos), los 20 puntos corresponderían a una satisfacción plena en los cuidados recibidos. Esta escala está demostrada y validada con un Alfa de Cronbach de 0,83, 0,73, 0,76 y 0,56 para cada dominio, por lo que los autores confirman la confiabilidad de la escala.

3.2.4. Modified Richards-Campbell Sleep Questionnaire

Pagnucci et al. (19) y McKinley et al. (16) también utilizan esta escala, Modified Richards-Campbell Sleep Questionnaire, cuya función es valorar el sueño mediante seis ítems ('sueño profundo', 'latencia del sueño', 'despertares', 'volver a dormir', 'calidad de sueño' y 'ruido'). La puntuación va de 0 a 100 puntos en una escala analógica para cada punto a valorar. El índice de Cronbach para la escala es de 0,31 en la UCI y 0,90 en una planta de hospital (16).

3.2.5. Depression Anxiety and Stress Scales

McKinley et al. (16) emplearon también la Depression Anxiety and Stress Scales (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés). Se utiliza, como su nombre bien indica, para valorar la ansiedad, depresión y estrés con una puntuación que oscila entre 0 y 21 puntos. En su validación, se obtuvo un Alfa de Cronbach del 0,92 para el estrés, un 0,74 para la ansiedad y un 0,92 para la depresión. En este estudio, este test de valoración se hizo completar a los pacientes seis meses después de su alta de la UCI.

3.2.6. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for a Specific Event

McKinley et al. (16) incluyen este cuestionario en su estudio para valorar a los pacientes del mismo acerca del estrés post traumático de un evento específico. Consiste en 17 puntos extraídos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-V). Esta escala obtuvo un Alfa de Cronbach del 0,92.

3.3 Intervenciones para manejo del estrés

En los artículos de la revisión, se han encontrado resultados sobre *Intervenciones* en 4 documentos (15,17,19,22) que es posible realizar en una unidad de cuidados intensivos para el manejo del estrés en pacientes ingresados en la misma.

Martínez Toquero et al. (17) afirmaron en su revisión que, con una mayor participación enfermera en el proceso de comunicación de noticias se generaría un vínculo entre profesional y usuario, y así se solventaría la necesidad de comunicación e información que reclaman las personas ingresadas. Con esto, el paciente y sus familiares serían capaces de tener mayor autonomía en la toma de decisiones del autocuidado, haciéndoles partícipes del mismo. Según la revisión de los autores, el hecho de ampliar los horarios de visita en la UCI y hacerlos más versátiles, adaptados a los familiares o suprimir la restricción de visitas beneficiaría a los pacientes ingresados en la unidad. Con este hecho, acorde con lo demostrado (17), los enfermos seguirían en contacto con sus seres queridos, sin tener la constante incertidumbre de no saber cuándo les podrán volver a ver y mantener comunicación con ellos, además de mejorar sus niveles de estrés y ansiedad y mejorando su recuperación por el apoyo moral que el círculo más cercano es capaz de aportar.

En el estudio de Pagnucci et al. (19) se implantaron terapias complementarias para mejorar el sueño y se demostró que con el uso por parte de las enfermeras de técnicas como la aromaterapia, el masaje y la musicoterapia en la UCI disminuyeron los niveles de estrés en los pacientes. Los autores identificaron, tras la aplicación de las técnicas, que la percepción de aspectos como la profundidad del sueño, conciliación del sueño,

despertares durante la noche y el ruido del entorno mejoraron en cuanto a puntuación ($p=0,047$).

El masaje y la aromaterapia, según los investigadores, permitieron la relajación profunda de los ingresados y la musicoterapia, al estar aplicada mediante auriculares, proporcionó un aislamiento agradable de los ruidos y sonidos del entorno (19).

Dias et al. (22) afirman que la analgesia y sedación proporcionan confort y disminuyen la respuesta de estrés. Los autores concluyen que existen estresores modificables, y que para ello se requiere un equipo multidisciplinar que este concienciado acerca de la disminución de estresores en el ambiente de UCI. En su estudio confirman que con acciones como pasar gasas empapadas en agua en los labios de los ingresados, aplicar sprays de agua fría o usar protectores labiales, se alivia la sensación de sed de los pacientes, ya que es el estresor más destacado dentro de los pacientes de la muestra de la UCI post operatoria. Dias et al. también constata que, para disminuir el miedo que tienen los pacientes a contraer SIDA, una acción importante es trasladar los conocimientos necesarios para minimizar ese miedo, es decir, comunicarles que los materiales con los que se trabaja en las unidades de cuidados intensivos y en el resto de áreas de hospitalización son estériles y que las probabilidades de adquirir dicha enfermedad son reducidas. Otra intervención confirmada por los autores para disminuir todos los factores de estrés fue mantener conversaciones tranquilizadoras debe ser realizada con un equipo multidisciplinar que aborde la comunicación con el paciente desde todas las perspectivas (22).

Dalla Lana et al. (15) concluyen en su revisión bibliográfica que para corregir los estresores ambientales relacionados con el sueño se deben reducir las luces del box por la noche, intentar desarrollar la mayor parte de la actividad durante el día y disminuir el ruido ambiental, como el volumen de las conversaciones mantenidas en la unidad. Como medida para mejorar la sed incluyen la de humedecer los labios del paciente. Los autores destacan la valoración constante del dolor para mejorar el confort y también la necesidad de la presencia de sondas, catéteres o tubos. Remarcan, además, que es importante la facilitación de comunicación con el entorno mediante cuadernos o grabados, y poder flexibilizar los horarios de visita a la unidad para que dicha comunicación sea efectiva con sus familiares.

DISCUSIÓN

Para la presente revisión narrativa se han recopilado una serie de artículos ajustados a los objetivos marcados en este trabajo: identificar factores estresores en el paciente de una unidad de cuidados intensivos, identificar escalas de valoración del estrés en este tipo de pacientes y analizar resultados de intervenciones llevadas a cabo por profesionales para manejar el estrés en el ambiente de UCI.

En relación a los factores estresores, se han encontrado multitud de ellos a lo largo de la lectura de los artículos incluidos para la presente revisión, coincidiendo estos estresores en los estudios y revisiones de los autores. Para comprender mejor los resultados del trabajo, se han dividido los estresores en categorías que han emergido a partir del análisis de dichos resultados: factores ambientales, factores fisiológicos y físicos, factores sociales y factores psicológicos y emocionales.

En la categoría de factores ambientales, uno de los estresores que más repetido en los artículos fue el hecho de no conciliar el sueño y no descansar (15,17-22). Dalla Lana et al. (15), en su revisión bibliográfica, afirman que el sueño perturbado está condicionado por la rutina diaria que se sigue en la UCI. También lo relaciona con la existencia de ruido de alarmas, monitores, respiradores, la escucha de conversaciones de personal sanitario hablando demasiado alto y la luminosidad excesiva y constante al igual que Martínez Toquero et al.(17), Dessotte et al. (21) y Lisboa Gois et al. (20). Por otro lado Stayt et al. (18) y Pagnucci et al.(19) demuestran en sus estudios que este ítem es el de que supone mayor estrés para los pacientes de la muestra. La alteración del sueño, además de no respetar las horas de descanso de los pacientes, produce un retraso en la mejoría del mismo y está íntimamente relacionado con la aparición de episodios de delirium (21).

Otro estresor ambiental recogido en el estudio clínico de Pagnucci et al. (19) así como en la revisión de Dalla Lana et al. (15) fue tener personal sanitario trabajando alrededor de la cama de manera constante con las tecnologías de box. Con respecto a esto, los pacientes tienen sentimientos contradictorios de los pacientes ya que por un lado, estos se sienten seguros cuando las enfermeras realizan alguna técnica, pero sin embargo refieren soledad a pesar de estar acompañados por ellas ya que las profesionales, muchas de las veces, se centran en los cuidados y no en la persona (17,18).

En cuanto a los factores fisiológicos y físicos un estresor a destacar es la sed (15,19-21). En concreto, Dessotte et al. (21) relacionan este factor en su estudio con la pérdida de líquido que sufren los pacientes ingresados en una UCI post quirúrgica. En aspectos fisiológicos también es posible incluir el dolor, referido por todos los pacientes de UCI de las muestras de los artículos (15-22). En los estudios realizados en unidades de críticos post operatorias (20,21), el dolor fue relacionado con la propia intervención, pero en las unidades de cuidados intensivos convencionales fue asociado a largos periodos en la misma posición, normalmente decúbito supino, produciendo la sensación de ‘estar sintiendo como si los huesos empujaran de dentro hacia fuera’ (20) así como por la gran cantidad de técnicas invasivas llevadas a cabo en este tipo de unidades (15,17,19) incluyendo la aspiración de secreciones del tubo orotraqueal (17).

Relacionado con la esfera social resultó significativo el aislamiento y toda la ruptura con los roles y funciones que los pacientes tienen en su vida cotidiana al que los pacientes

están sometidos durante su estancia en la UCI por varias razones. Una de ellas se trata de la comunicación limitada con su entorno por la presencia de tubos, ya sea oro-traqueal como una sonda nasogástrica (15). Por otro lado, muchos de los pacientes ingresados son las personas que aportan los principales recursos económicos en sus hogares(15,17); al haber sido ingresados en una UCI su papel como ‘cuidador’ en el hogar se transforma para ser la persona cuidada. Además, pierden toda independencia y capacidad de elección sobre su vida personal, ya que se ha producido una ruptura con la misma en el momento que son pacientes de una unidad de críticos. Esta brecha se produce por la restricción de visitas y la existencia de horarios poco flexibles para el acompañamiento de los enfermos (17,20,22), y también por la ya comentada capacidad de comunicación limitada de cierto tipo de ingresados (aquellos que cuentan con un soporte ventilatorio). Esta falta de acompañamiento y deterioro de la comunicación del paciente en las unidades produce un aumento de la ansiedad de los mismos, incrementando este hecho la aparición de delirium (18). Un hecho de la esfera social que también fue común para varios estudios fue la falta de actividades recreativas que existe en las unidades de críticos, lo que lleva a los pacientes a ‘mirar al techo’ e invertir tiempo en pensamientos cíclicos que aumentan la angustia y pensamientos negativos sobre su propio dolor y la creencia de tener el momento de su muerte cerca (15,19). La pérdida de privacidad y autonomía también son reflejadas por Dalla Lana et al.(15) y Martínez Toquero et al. (17) como estresor de carácter social. La pérdida de autonomía es producida por la presencia de dispositivos invasivos que no permiten la movilidad y generan una sensación de encarcelamiento en el paciente (15). A pesar de ello, los pacientes son conscientes de que es imposible desvincular lo técnico de los cuidados de un paciente crítico (17,18). En relación a esto, Martínez Toquero et al. (17) explican que la UCI es un lugar en el que, de por sí, aumenta el estrés de cualquier persona ingresada, pero, por otro lado, hace que esas mismas personas sean susceptibles de sobrevivir (teniendo una tasa de supervivencia de en torno al 87%).

En los factores psicológicos, llama la atención que en todos los artículos incluidos en el trabajo los pacientes estudiados o entrevistados refieren haber tenido miedo, temor o terror en algún momento de su estancia en la UCI, o también sensaciones como la angustia y la ansiedad, ya sea por unas causas u otras. Entre las circunstancias relatadas se encuentran aspectos como pensamientos de muerte o dolor (15), miedo al propio ingreso en este servicio (16), miedo a someterse a una cirugía (20) o terror por no poder relacionarse con el entorno (18). La sensación de seguridad del paciente es muy importante para que su estado psicológico y emocional sea el mejor posible. Con respecto a este hecho, se observó a través del análisis de los escritos, que lo que los pacientes echan de menos es, como ya se ha dicho anteriormente, una mayor presencia de sus familiares en la unidad para fomentar la continuidad de comunicación con su entorno e impedir el aislamiento que muchas veces se produce por las largas estancias que emplean para su recuperación los pacientes ingresados en este tipo de unidades (17).

Por otro lado, un aspecto a destacar en el ámbito de sensación de seguridad es la falta de comunicación a los pacientes acerca de su estado de salud. Reclaman una transmisión de la misma de manera entendible, que no con lenguaje técnico propio del personal sanitario, y accesible tanto para ellos como para sus familiares. La comunicación de la evolución de los ingresados a los familiares es escasa y esto está estrechamente ligado a la

restricción de horarios de visita en la unidad ya que gran parte de las veces, durante la visita médica, los enfermos se encuentran solos (17).

En contraposición a lo anterior, el análisis de Lisboa Gois et al. (20) pone de manifiesto que la información ofrecida a los pacientes es adecuada, pero debido al estado de estrés de los mismos cuando es comunicada, su sensación es de escasez y falta de comunicación.

Una aspecto también recogido en el estudio de Lisboa Gois et al. (20) fue que el trato del personal sanitario durante su estancia fue adecuado, pero nunca llegaron a establecer una profunda relación con los mismos, debido a que los pacientes del estudio estaban ingresados en un hospital universitario, lo cual significa ser observado y tratado constantemente por una ingente cantidad de personas que nunca llegan a conocer, incluso, a reconocer o llamar por sus nombres.

Para reconocer todas estas necesidades achacadas por los pacientes es necesario aplicar herramientas de detección de estresores en las unidades de críticos, que son las escalas. Actualmente, en las unidades de cuidados intensivos de España no se valora mediante escalas validadas la esfera menos técnica del paciente, es decir, su entorno y su situación emocional. Según Bernal Ruiz et al. (23) y Dessotte et al. (21), es menester evaluar a los pacientes con las escalas pertinentes y adaptadas al contexto de cuidados críticos para poder detectar, prevenir y actuar sobre posibles problemas surgidos a partir del ingreso en este tipo de unidades. Una propuesta de mejora dentro de las unidades de cuidados intensivos españolas, sería la implementación de escalas de valoración del estrés como la *Envionmental Stress Questionnaire*. Para ello, sería pertinente adaptarla y validarla al contexto de España ya que, el estudio incluido en el presente trabajo llevado a cabo por Bernal Ruiz et al., consistente en la adaptación de dicha escala a un contexto de idioma español, fue realizado en Colombia y por lo tanto no podría aplicarse directamente en España sin antes comprobar su validez interna en el país.

Por otro lado, en los artículos revisados se han encontrado una serie de intervenciones que coinciden para paliar ciertos factores estresantes.

Como medidas a adoptar relacionadas con el sueño, Dalla Lana et al. (15) y también Lisboa Gois et al. (20) proponen cuidar el ambiente de los individuos apagando luces, hablando en un tono adecuado para el descanso de los paciente y aglutinando la mayor parte de intervenciones en las horas diurnas, ya que estas medidas son fácilmente aplicables y muy eficaces para aumentar las horas de sueño. En cuanto a la sed, Dias et al. (22) y Dalla Lana et al. (15) propusieron medidas como humedecer los labios a los pacientes con gasas mojadas en agua para hacer más llevadera esa sensación.

Martínez Toquero et al. (17) proponen flexibilizar los horarios de visitas en servicios como la UCI para fomentar el acompañamiento de los pacientes, o incluso permitir que sean lugares de libre acceso para familiares de personas ingresadas, para mejorar así el estado de salud mental de los mismos, acelerar el proceso de recuperación y disminuir el estrés (que también hace que descienda la incidencia de complicaciones cardiocirculatorias). Esto genera controversia entre los trabajadores de este tipo de unidades, puesto que para muchos de ellos, según un estudio incluido en la revisión de Martínez Toquero et al. (17), el hecho de dejar un libre acceso a personas en unidades de cuidados intensivos incrementa la carga de trabajo para el personal, además de vulnerar

la intimidad de otros pacientes, y crear una serie de prejuicios con respecto al servicio, amén de justificarse en la falta de espacio.

Para poner solución al problema de comunicación de noticias a los pacientes e información sobre su evolución, Martínez Toquero et al. (17) sugieren que las enfermeras también puedan ser las transmisoras de datos objetivos, debido a su presencia física constante en la unidad, y a su adecuada preparación para ello.

Es menester hacer de las unidades de cuidados intensivos de este país un lugar en el que el paciente no ingrese con el pensamiento de muerte (15) y de desvinculación con su vida, sino un lugar donde, a pesar del estado crítico de su salud, este sea consciente de que su paso por la misma tendrá como resultado una supervivencia clara, siempre teniendo en cuenta sus necesidades psicológicas.

La humanización del cuidado en las unidades de críticos es fundamental para la recuperación de los pacientes ingresados. Para ello, se debe no solo estudiar y seguir desarrollando intervenciones que mejoren la calidad de su estancia, sino ponerlas en práctica y concienciar a todos los profesionales de su importancia en la recuperación del enfermo.

4.1 Limitaciones

La principal limitación encontrada en este trabajo ha sido la metodología con la que se ha llevado a cabo el mismo ya que, por ejemplo, el hecho de haber incluido criterios de inclusión de artículos en español y en inglés ha podido afectar al número real de resultados existentes relacionados con el tema.

4.2 Implicaciones para la práctica clínica

Después del análisis de los resultados a través de la discusión, se observa una necesidad de concienciación por parte del personal sanitario en el cuidado holístico al paciente, incluyendo y valorando la esfera psicológica de la misma manera que se tienen en cuenta los aspectos más técnicos que rodean al enfermo.

Para poder llevar a cabo una serie de mejoras en el estado psicológico de los ingresados en la UCI, primeramente sería necesario concienciar a dicho personal de la importancia que conlleva evitar factores de estrés y detectar el estado mental de los pacientes; para ello, es interesante la difusión de la evidencia acerca de la mejora del paciente cuando los profesionales sanitarios se involucran también en la esfera psicológica del mismo. Así pues, otra sugerencia para poder transmitir a los sanitarios sobre este nuevo cometido sería la implantación de cursos de formación para aquellos trabajadores que se incorporaran nuevos a la plantilla, y otros anuales para refrescar esta idea a los más experimentados. En estos cursos se debería incluir la explicación de las escalas de valoración del estrés en UCI, que tendrían que haber sido protocolizadas previamente para entrar en la rutina de valoración de los pacientes, al igual que se tienen en cuenta otros parámetros en este tipo de unidades como la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea o la temperatura, o escalas como el RASS o la escala de Glasgow. De esta

manera, se podría detectar problemas potencialmente solucionables mediante intervenciones adaptadas a cada persona.

Por otro lado, otra posible aplicación sería fomentar el trabajo en equipo con respecto a la comunicación de información a pacientes y familiares, es decir, que tanto médico como enfermera fueran capaces de transmitir la evolución de la salud sin ser esto una acción exclusiva de medicina, ya que la formación como enfermera permite ser capaces de ofrecer datos claros y objetivos.

Por último, Enfermería podría gestionar con la Gerencia del hospital un horario de visitas más flexible o la sugerencia la apertura sin limitación de las unidades de cuidados intensivos, justificándose en la evidencia de mejoría del paciente cuando este está acompañado por sus familiares o allegados.

CONCLUSIONES

En la revisión se ha podido comprobar que el paso por una unidad de cuidados intensivos supone estar sometido a una serie de estresores, algunos modificables y otros no modificables, además de estar rodeado por un ambiente totalmente tecnológico, con gran cantidad de técnicas invasivas, aparatos desconocidos y ruidos en el ambiente que gran parte de las veces no permiten el descanso del paciente. Esto, unido a la restricción de visitas que suele acompañar a la dinámica de la unidad, supone una ruptura con todo el entorno normal y roles sociales que la persona tenía establecidos antes de ser ingresada.

Los factores estresores asociados a la estancia en la UCI han sido agrupados, a raíz de los resultados obtenidos, en las siguientes dimensiones o campos, nombrados por orden de importancia y frecuencia en los artículos revisados: ambientales, fisiológicos, sociales y emocionales. En la dimensión ambiental, los factores más relevantes han sido el ruido, la luz constante en la unidad y el ajetreo continuo del personal alrededor del paciente, haciendo su sueño y descanso prácticamente imposibles. En la esfera fisiológica, la sed y el dolor fueron los estresores con mayor impacto en los ingresados. En la dimensión social, el hecho de estar aislados por la falta de acompañamiento, el no poder comunicarse por la presencia de técnicas invasivas y la falta de entretenimiento hacen que la estancia en unidades de cuidados intensivos sea más estresante, así como no tener privacidad ni independencia. Relacionado con el ámbito psicológico, los estudios constatan la presencia de miedo, temor o terror en los enfermos, ya sea por unas causas u otras.

Los resultados del trabajo arrojan una serie de intervenciones que pueden ser realizadas sin gran dificultad por enfermeras, entre las que destacan el uso de escalas de valoración, como la *Environmental Stress Questionnaire*, que debe ser validada al contexto español, a través de protocolos estandarizados en las unidades de críticos. Este tipo de cuestionarios y escalas aportan información valiosa del estado psicológico del paciente, así como de la situación de estrés que sufre. Con ello se podría detectar posibles problemas y mejorar la estancia en este tipo de unidades, además de contribuir a ofrecer cuidados personalizados no solo centrados en el aspecto técnico que rodea a un paciente de estas características, sino en el aspecto emocional, muchas veces olvidado y relegado a un segundo plano.

Otras intervenciones aplicables demostradas en los resultados fueron la realización de actividades durante el día para permitir el descanso nocturno y apagar las luces en esa hora del día. Para aliviar la sed, la aplicación de gasas húmedas se demostró como eficaz en varios artículos. En relación con la soledad y aislamiento, se demuestra que las unidades de cuidados intensivos donde los pacientes son acompañados por sus familiares tienen un índice de mejora de su estado de salud, por lo que la intervención propicia sería flexibilizar los horarios de visita en este tipo de servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Badia Castelló, M.|Trujillano Cabello, J.|Serviá Goixart, L.|March Llanes, J.|Rodríguez-Pozo, A. Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico. Comparación de dos instrumentos de medida. Medicina Intensiva 2008;32(5):203-215.
- (2) Mas N, Olaechea P, Palomar M, Alvarez-Lerma F, Rivas R, Nuvials X, et al. Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y quirúrgica. Med Intensiva 2015 /06/01;39(5):279-289.
- (3) Sakata RK. Analgesia and Sedation in Intensive Care Unit. Brazilian Journal of Anesthesiology 2010 Nov;60(6):648-658.
- (4) Frade-Mera MJ, Regueiro-Díaz N, Díaz-Castellano L, Torres-Valverde L, Alonso-Pérez L, Landívar-Redondo MM, et al. Un primer paso hacia una analgosedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica. Enferm Intensiva 2016 /10/01;27(4):155-167.
- (5) Frade Mera, M.J.|Guirao Moya, A.|Esteban Sánchez, M.E.|Rivera Álvarez, J.|Cruz Ramos, A.M.|Bretones Chorro, B.|Viñas Sánchez, S.|Jacue Izquierdo, S.|Montane López, M. Análisis de 4 escalas de valoración de la sedación en el paciente crítico. Enfermería intensiva 2009;20(3):88-94.
- (6) Ribeiro CA, Trovo MM, Puggina AC. Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible? Enfermería Global 2017;16(3):453-495.
- (7) Alvial F, Albornoz C, Bascur M, Cañas A, Eyzaguirre C, Martínez M, Rospigliossi T. Enfermería intensiva. 2017; Available at: <http://www.bibliothek.uni-regensburg.de/ezeit/?2887186>.
- (8) Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal Estar e Subjetividade 2003 Mar 1;3(1):10-59.
- (9) Diana Mayerly Parrado Bermúdez. Factores generadores de estrés en el paciente adulto hospitalizado en la UCI: una revisión integrativa. 2016.
- (10) Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de, enfermería. DOCENCIA - INVESTIGACIÓN. 2013 Octubre.
- (11) Pasquel FJ, Umpierrez GE. Manejo de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado Management of hyperglycemia in the hospitalized patient. Medicina (Buenos Aires) 2010 Jun 1;70(3):275-283.
- (12) Ayllón Garrido N, Álvarez González M, González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva 2007 December 1;18(4):159-167.

(13) Vargas Toloza Ruby Elizabeth. Dialnet CuidadoHumanizadoAlPacienteCriticamenteEnfermo 2534029. 2007 Junio.

(14) Escudero, D.|Viña, L.|Calleja, C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. Intensive Care Medicine (Medicina Intensiva, English Edition) 2013;38(6):371-375.

(15) Dalla Lana L, Mittmann PS, Moszkowicz CI, Pereira CC. Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería 2018;17(14):580-611.

(16) McKinley S, Fien M, Elliott R, Elliott D. Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Intensive Care Unit Survivors 6 Months After Discharge. Am J Crit Care 2016 Jan;25(1):52-58.

(17) Martínez Toquero J, Llauradó Serra M. Necesidades de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Metas de Enfermería 2016;19(19):63-70.

(18) Stayt LC, Seers K, Tutton E. Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. Journal of Advanced Nursing 2015 Sep;71(9):2051-2061.

(19) Pagnucci N, Tolotti A, Cadorin L, Valcarenghi D, Forfori F. Promoting nighttime sleep in the intensive care unit: Alternative strategies in nursing. Intensive & Critical Care Nursing 2019 Apr;51:73-81.

(20) Lisboa Gois CF, Aguillar OM, dos Santos V, Ofelia Llapa Rodríguez E. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. Invest Educ Enferm 2013 August 1;30:312-319.

(21) Dessotte CAM, Rodrigues HF, Furuya RK, Rossi LA, Dantas RAS. Stressors perceived by patients in the immediate postoperative of cardiac surgery. Revista brasileira de enfermagem 2016 Jul;69(4):741.

(22) Dias DdS, Resende MV, Diniz, Gisele do Carmo Leite Machado. Patient stress in intensive care: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit. Revista Brasileira de terapia intensiva 2015 Jan;27(1):18-25.

(23) Bernal Ruiz DC, González Consuegra RV. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del Environmental Stress Questionnaire. Revista Cubana de Enfermería 2016 Jun 1;182-195.

ANEXOS

Anexo 1: DOCUMENTOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN

AUTORES Y FECHA DE PUBLICACIÓN	TÍTULO	DISEÑO DEL ESTUDIO	SUJETOS PARTICIPANTES	OBJETIVOS	RESULTADOS	LIMITACIONES
Dalla Lana et al. (2018)	Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos	Revisión narrativa	No aplica	Analizar los factores estresantes relatados por pacientes de UCI	Se identifican 40 factores estresantes categorizados en ambiental, fisiológico, emocional/psicológico y social, y divididos en 16 subcategorías	Variedad de instrumentos utilizados por los investigadores para identificar los factores estresantes
Bernal Ruiz et al. (2016)	Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del <i>Environmental Stress Questionnaire</i>	Estudio cuantitativo metodológico	4 traductores certificados, 393 pacientes atendidos en una UCI de Bogotá (Colombia) y 14 enfermeros	Establecer una versión equivalente, válida y confiable del <i>Environmental Stress Questionnaire</i> en español	Se realizó la versión transcultural en español de la escala.	Solapamiento del término estrés con otros conceptos y no se distingue el grado de complejidad de la atención en UCI
McKinley et al. (2016)	Health-related quality of life and associated factors in	Estudio prospectivo observacional	193 pacientes de UCI 6 meses después del alta	Describir la calidad de vida relacionada con estancia en la UCI	La depresión y el estrés estaban asociados de manera independiente con las puntuaciones	Estudio unicéntrico con una muestra de relativa baja severidad de la

	intensive care unit survivors 6 months after discharge			e identificar factores de riesgo asociados 6 meses después del alta de UCI	obtenidas en los test de salud mental realizados a los pacientes. Se obtuvieron puntuaciones más bajas en cuanto a calidad de vida en los pacientes que habían ingresado en la UCI en comparación con el resto de población.	enfermedad y estancias cortas en la UCI
Martínez Toquero et al. (2016)	Necesidades de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos	Revisión narrativa	No aplica	Describir las necesidades de los pacientes ingresados en una UCI y analizar factores ambientales estresantes percibidos por ellos	Las necesidades más destacadas fueron estar informados sobre su proceso y poder decidir sobre él, poder comunicarse y mantenerse en contacto con su familia y los profesionales y tener un buen descanso nocturno	La evaluación de los artículos fue realizada por un solo investigador y las demandas detectadas en los pacientes no fueron contrastadas con la política del servicio
Stayt et al. (2015)	Patient' experiences of technology and care in adult intensive care	Estudio empírico cualitativo con entrevistas	Entrevistas realizadas a 19 pacientes	Investigar las experiencias con la tecnología que tuvieron los pacientes ingresados en una UCI	Los pacientes describieron la tecnología y el cuidado como un todo inseparable	Al ser un estudio realizado en Reino Unido, no refleja la realidad de los pacientes fuera de Europa. Se invitó a participar a 90 pacientes en el

						estudio, y solo 19 respondieron.
Pagnucci et al. (2019)	Promoting nighttime sleep in the intensive care unit: alternative strategies in nursing	Ensayo clínico no controlado	74 pacientes ingresados en una UCI del centro de Italia	Identificar si las intervenciones complementarias tienen efecto en la percepción del estrés y calidad de sueño de pacientes conscientes de UCI	Los principales estresores fueron ‘escuchar sonidos extraños’, ‘tener personas continuamente trabajando alrededor de la cama’, ‘estar aburrido’ y ‘ser incapaz de dormir’. Los sonidos musicales y la aromaterapia mejoraron la calidad de sueño de los pacientes	La mayoría de pacientes del estudio fueron pacientes de UCI quirúrgica, por lo que se recogieron pocos datos de pacientes con patología médica
Lisboa Gois et al. (2013)	Stress factors for patients undergoing cardiac surgery	Estudio cualitativo descriptivo exploratorio	8 pacientes ingresados en UCI	Describir los factores estresantes relacionados con la cirugía cardiaca en un ambiente de UCI	Se formaron cuatro categorías: experiencia quirúrgica, el ambiente de UCI y el periodo posoperatorio, experiencias desagradables y relaciones con profesionales de la salud	No aplica
Dessotte et al. (2016)	Stressors perceived by patients in the immediate	Estudio prospectivo correlacional	105 pacientes de UCI del estado de São Paulo (Brasil)	Investigar estresores percibidos por pacientes en el	El estresor identificado con mayor puntuación fue ‘estar sediento’ y el que obtuvo menor	No aplica

	postoperative of cardiac surgery			posoperatorio inmediato de una cirugía cardíaca y su asociación con características clínicas y sociodemográficas	puntuación fue 'las enfermeras no se presentan por su nombre'. Entre las variables sociodemográficas y clínicas solo el dolor demostró una asociación significativa con los estresores	
Dias et al. (2015)	Patient stress in intensive care unit: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit	Estudio descriptivo transversal	60 pacientes de UCI (30 de la coronaria y 30 de la general)	Evaluar y comparar estresores identificados por los pacientes de la UCI coronaria versus los identificados por los de la UCI general	Los estresores 'tener dolor' y 'ser incapaz de desarrollar el rol familiar' fueron los ítems que causaron mayor estrés en ambas unidades. Además de esto, cada unidad obtuvo unos estresores particulares de cada una de ellas	Muestra pequeña y recogida de datos no consecutiva. Se han incluido pacientes con ventilación mecánica